

ОПЫТ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Никольский М.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Повреждения шейного отдела позвоночника характеризуются длительными сроками лечения, снижением профессиональной трудоспособности, высокой летальностью и первичной инвалидностью.

В последние 15-20 лет все больше травматологов при повреждении шейного отдела отдают предпочтение хирургическим методам и их совершенствованию. Чем это вызвано? Прежде всего тем, что повреждения позвоночника значительно чаще (73,2%) встречаются у лиц работоспособного возраста (18-40 лет), а оперативное лечение позволяет сохранить статическую и опорную функцию позвоночника, в значительной степени сократить сроки временной нетрудоспособности и предотвратить тяжелую или пожизненную инвалидность. Однако сроки и исходы лечения зависят от целого ряда моментов, которые до настоящего времени остаются спорными. Ими являются показания к консервативному и оперативному лечению, способы устранения смещений и деформаций позвонков, стабилизация поврежденного отдела позвоночника, характер и длительность внешней иммобилизации.

Нами проанализированы с 1975 по 2002 год результаты лечения 83 больных в возрасте от 16 до 59 лет с нестабильными повреждениями шейного отдела позвоночника на уровне С3-С7. Среди травмированных было 59 мужчин и 24 женщины. При переломо-вывихах (47) снижение высоты тела нижележащего сломанного позвонка варьировало от I (28) до III (19) степени. Большинство повреждений локализовались на уровне С5-С6 и С6-С7. 7 больных поступили с диагнозом ушиб шей. Поэтому для предупреждения диагностических ошибок крайне важным считаем спондилографию всего шейного отдела. У подавляющего числа больных (63) отмечены осложненные повреждения. Тяжелые неврологические нарушения в виде тетраплегии диагностированы у 8 больных, тетрапеза – 21, паралеза рук – у 26 и монопареза у 16. Большинство больных доставлено в клинику в ранние сроки. Среди механизмов травмы доминировал флексионный (48), реже

компрессионный (17) и флексионно- ротационный (25). Степень повреждения позвоночника и спинного мозга при поступлении диагностировали на основании объективных клинических данных, рентгеноспондилографии, ликвородинамических показателей. По показаниям считаем целесообразным и необходимым проведение компьютерной и ЯМРТ. Верификация диагноза в процессе лечения достигалась длительным наблюдением за динамикой заболевания, данными оперативного вмешательства (58), отдаленными результатами лечения (50), а в некоторых случаях и данными паталого-анатомических исследований (3).

Для восстановления нарушенных функций спинного мозга основное значение имеет восстановление анатомии и функции позвоночного столба, поэтому вправление сместившихся позвонков считаем неотложным, т.е. экстренным видом помощи, а откладывание вправления вывихнутого позвонка – грубой тактической врачебной ошибкой. При свежих, несвежих вывихах и переломах-вывихах с целью устранения дислокации позвонков, деформации позвоночного канала и передней компрессии спинного мозга мы отдаем предпочтение одномоментному форсированному скелетному вытяжению за теменные бугры большими грузами. В большинстве случаев вправление свежих вывихов достигалось грузом от 18 до 25 кг, несвежих и застарелых от 25 до 40 кг. В 1 случае закрытый опрокидывающийся не осложненный двусторонний сцепившийся вывих С6 позвонка вправлен грузом 50 кг.

В процессе вправления в течение 1,5-2 часов по мере постепенного увеличения груза осуществляли рентгенологический контроль через каждые 15-20 минут. После вправления вывиха груз уменьшали до 4-6 кг и голове придавали положение легкой экстензии. При вправлении вывихов шейных позвонков форсированным вытяжением осложнений не было. Вправление может производить врач, хорошо понимающий рентгенотопографические взаимоотношения спинного мозга и его корешков с телом поврежденного позвонка, его суставными отростками и дужкой. Врач может уйти от больного только после уменьшения груза до 4-6 кг, убедившись в отсутствии осложнений и удовлетворительном состоянии пострадавшего. При стабилизации общего состояния пострадавших в показанных случаях оперировали (64). Консервативное лечение проводили больным (19), находившимся в крайне тяжелом состоянии, лицам отказавшимся от операции, а также больным, у которых имелась 1 степень повреждения тел позвонков и отсутствовали неврологические нарушения. Консервативное лечение

проводили если в первые сутки после закрытого форсированного вправления отмечался регресс неврологической симптоматики или оперативное вмешательство было связано с большим риском для жизни (3), вследствие тяжелой сочетанной травмы или сопутствующих заболеваний. При консервативном лечении вытяжение осуществляли на протяжении 6-7 недель, затем накладывали торакокраниальный гипсовый корсет до 3-4 месяцев. Отдельным больным осуществляли иммобилизацию шеи гипсовым или картонно-ватно марлевым воротником Шанца еще в течении 4-5 недель. Больных с осложненными повреждениями шеи после устранения подвывиха или вывиха, оскольчатым повреждением тела позвонка и отсутствии противопоказаний к хирургическому лечению оперировали. Опыт работы с 1965 года в клинике Я.Л. Цивьяна, с 1975 г. собственные наблюдения в Витебской областной и 3 городской больницах, работы И.Р. Вороновича, Г.С. Юмашева, Н.И. Хвисюка и других убедили нас в том, что причиной тяжелых спинальных нарушений в абсолютном большинстве случаев является передняя и передне-боковая компрессия спинного мозга. Поэтому считаем абсолютно необходимым производить при указанных ситуациях и производим переднюю декомпрессию спинного мозга, костно-пластическую стабилизацию с устранением остаточной кифотической деформации. При декомпрессии в передне-боковых отделах особое внимание обращаем на тщательное удаление задне-боковых частей поврежденного тела позвонка и тканей поврежденного диска. При этом, чем раньше осуществлена декомпрессия, тем лучше и полнее восстанавливались функции спинного мозга.

Для стабилизации использовали аутооттрансплантаты из гребня крыла подвздошной кости на 3-4 мм больше величины дефекта. Трансплантат устанавливали строго в вертикальном положении. Для предупреждения его выпадения кпереди или смещения в позвоночный канал при формировании ложа для трансплантата в телах выше- и нижележащих позвонков формируем углубления овальной формы с обязательным оставлением костной структуры в задней части в виде ступеньки и навеса в виде кортикальной пластинки спереди. Прежде чем уложить трансплантат, несколько увеличивали distraction шеи. Это способствует большей декомпрессии корешков, а устранение distraction – заклиниванию трансплантата, предупреждению смещения и перестройки его с образованием костного блока в более короткие сроки.

В одном случае после тотального удаления тела C5 для фиксации трансплантата спереди использовали пластинку Лена с

двумя шурупами в телах смежных С4 и С6 позвонков. Больным с компрессионными оскольчатыми переломами тел позвонков осуществляли субтотальную или частичную резекцию тела позвонка с тотальной дискэктомией, коррекцией кифоза и костной аутопластикой.

При застарелых вывихах и перелома-вывихах осуществляем открытую мобилизацию тела вывихнутого позвонка с удалением межпозвонкового диска из переднего доступа и вправление – из заднего хирургического доступа с задней внутренней фиксацией стяжкой Вороновича за дужки вправленного и нижележащего позвонков. Осложнений во время операции и в послеоперационный период не отмечено. У всех больных этой группы (5) достигнута полная коррекция деформации позвоночника и устойчивая стабильная фиксация его поврежденного сегмента.

Выводы. Вправление вывихнутого позвонка следует считать неотложным, т.е. экстренным видом помощи, а откладывание вправления грубой тактической ошибкой.

У большинства прооперированных больных с осложненными повреждениями шейного отдела позвоночника получены хорошие (63%) и удовлетворительные (25%) результаты лечения. Они тем лучше, чем раньше осуществлялось вправление вывихнутого позвонка, передняя декомпрессия и костно-пластическая стабилизация.